

# Neuropsicoterapia en Jóvenes con Medidas Judiciales. Un Tratamiento de Reconsolidación de la Memoria Basado en Mindfulness para el Abordaje del Trauma

Domingo Jesús Quintana Hernández

Facultad de Psicología y Educación.

Universidad del Atlántico Medio, Las Palmas de Gran Canaria

## Resumen

La investigación de la reconsolidación de la memoria realizada por neurocientíficos y psicoterapeutas está demostrando la modificación de los aprendizajes emocionales traumáticos. Por tanto, es necesario incorporar la neuropsicoterapia en la intervención en la población infanto/juvenil de contextos de riesgo. El modelo propuesto se basa, en primer lugar, en una evaluación neuropsicológica para conocer el grado de maduración de los procesos cognitivos y el sistema de organización personal desde el modelo postracionalista, incidiendo en el estilo de apego. En segundo lugar, se desarrolla un tratamiento neuropsicoterapéutico que unifica la neurorrehabilitación cognitiva con un programa basado en la reconsolidación de la memoria basado en mindfulness para la modificación de las vivencias traumáticas. Este modelo de neuropsicoterapia basada en mindfulness proporciona una aplicación terapéutica al campo clínico/educativo que incluye aspectos neuropsicoterapéuticos que han sido confirmados empíricamente. El uso por parte de los profesionales de este nuevo conocimiento transteórico implica un gran potencial para avances significativos tanto en la efectividad de la neuropsicoterapia como en la unificación de sus diversos sistemas en el campo de la intervención con medidas judiciales. Esta nueva propuesta de tratamiento basado en mindfulness está permitiendo la modificación de aprendizajes emocionales a través del desaprendizaje y eliminación de los mismos, consolidando nuevas estructuras neurales que ofrecen la oportunidad de sustentar nuevos apegos seguros. Por último, se comparte un caso clínico/educativo de un joven con medidas judiciales.

*Palabras clave:* mindfulness, neuropsicoterapia, evaluación neuropsicológica, apego, trauma

## Abstract

Recent research on memory reconsolidation by neuroscientists and psychotherapists is showing the possibility to modify and eliminate traumatic emotional learnings by implementing neuropsychotherapy in interventions with minors at risk. Thus, this article proposes a model of mindfulness-based treatment of trauma through memory reconsolidation. Firstly, neuropsychotherapy will focus on neuropsychological evaluation in order to assess the degree of cognitive development of

the minors and their personal organizational system from the post-rationalist perspective, especially the attachment style that characterizes their relationships. Secondly, neuropsychotherapy will involve neurocognitive rehabilitation treatment in the form of a mindfulness-based program to modify traumatic emotional learnings by means of memory reconsolidation. This model provides a therapeutic application in the clinical and educational contexts involving evidence-based neuropsychotherapeutic aspects. The use of this new transtheoretical frame allows to advance psychotherapeutic effectiveness as well as to unify the diverse intervention systems in the context of minors serving judicial sentences. This new mindfulness-based intervention also enables the modification of traumatic emotional learnings through their unlearning and elimination, thus creating new opportunities to learn and consolidate a new and secure attachment style. The memory reconsolidation process requires the minor to relive the traumatic experience by means of bodily sensations needed by the brain to modify the traumatic memories.. Finally, a clinical session with a minor with a judicial sentence and the resolution of her traumatic memories related to child abuse is presented.

*Keywords:* mindfulness, neuropsychotherapy, neuropsychological evaluation, attachment, abuse

## Introducción

La intervención con menores y jóvenes con medidas judiciales requiere de un cambio en el modelo de intervención que incremente el éxito terapéutico y garantice la inclusión comunitaria. Los datos de los últimos metaanálisis muestran que las intervenciones clínicas no son eficaces en el ámbito individual y familiar, siendo más efectivos los programas psicoeducativos en contextos comunitarios (MacArthur et al. 2018; Perry et al., 2019). Ante esta situación, cabe preguntarse qué está pasando, por qué las intervenciones de carácter clínico no son eficaces.

Esta situación es compleja y tiene muchas aristas, no pudiéndose realizar una intervención eficaz si no se tiene en cuenta un acercamiento multidisciplinar donde todos los agentes de cambio desarrollen un perfil de facilitador como se proponen desde el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP; Rodríguez y Vilá, 2014). Desde nuestra perspectiva, se ha decidido evaluar y plantear un acercamiento desde el campo de la neuropsicoterapia que acompañe la facilitación propuesta desde el enfoque AICP, pues se debe potenciar y facilitar el neurodesarrollo para garantizar el éxito terapéutico.

La neuropsicoterapia puede ser definida como el enfoque que integra el conocimiento neurocientífico en la psicoterapia o tratamientos psicológicos. Las personas que sobrellevan lesiones cerebrales o dificultades de neurodesarrollo experimentan alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. No obstante, la neurorrehabilitación cognitiva se ha centrado habitualmente en los déficits cognitivos, prestando poca atención a los trastornos de conducta o emocionales asociados a

la lesión o déficits de neurodesarrollo. Es en esta faceta de trastornos de conducta asociados a diferentes traumas de origen psicosocial, desde donde se propone un marco neuropsicoterapéutico basado en mindfulness (Quintana-Hernández et al., 2016), para promover y paliar los efectos de los déficits en el neurodesarrollo de la población juvenil con medidas judiciales.

Desde su origen, la psicología como disciplina científica clínica, ha presentado un gran interés por asociar las bases cerebrales y la conducta, buscando la integración conceptual entre cerebro y mente. Se destaca que el auge de la neurociencia cognitiva y los estudios de neuroimagen están generando un nuevo mapa conceptual que permiten ver cómo el cerebro, en desarrollo hacia su madurez biológica hasta los 25 años aproximadamente, está presentando dificultades en su mielinización. Por ejemplo, las personas que sufren malos tratos están presentando dificultades en la corteza prefrontal (Amores-Villalba y Mateos, 2017) y el cannabis impide la mielinización de la corteza cerebral generando un adelgazamiento de la materia gris en áreas prefrontales (Albaugh et al., 2021). Comentamos estas por ser dos áreas con una gran incidencia en la población juvenil con medidas judiciales. Por tanto, se debe generar un acercamiento clínico que permita revertir estos patrones, siendo un modelo de neuropsicoterapia basada en mindfulness una posibilidad a explorar en la población infanto juvenil.

Existen múltiples modelos y métodos de intervención con menores y jóvenes con medidas judiciales. La mayoría de ellos presuponen la existencia de un neurodesarrollo normal. Sin embargo, los datos que se obtienen en diferentes

investigaciones muestran la existencia de déficits neurológicos importantes, especialmente en el desarrollo de las funciones ejecutivas (Gil-Fenoy et al., 2018). Por tanto, este aspecto favorece que no se pueda realizar una intervención eficaz, pues muchos de estos jóvenes están anclados en estadios de operaciones concretas, por lo que no son eficaces modelos cognitivos que buscan el cambio a través de la persuasión coercitiva que requiere una alta capacidad de abstracción. Desde nuestro punto de vista, esta falta de desarrollo es la que genera que las intervenciones no sean eficaces, como comentan MacArthur et al. (2018) y Perry et al. (2019).

La neuropsicoterapia basada en mindfulness es una apuesta por la realización de una evaluación neuropsicológica clínica, donde se incluyen los procesos cognitivos y el análisis del desarrollo del sistema de organización personal desde el modelo cognitivo postracionalista (Arciero, 2002; Guidano, 1987). Este modelo cognitivo analítico clínico postracionalista establece personalidades patológicas basadas en sistemas de apego inseguros o desorganizados como los que se encuentran en el 100% de los casos de esta población, como muestra nuestra experiencia en el campo desde el año 1999.

La intervención neuropsicoterapéutica basada en mindfulness se plantea desde el modelo Atención Integral Centrado en la Persona desde una perspectiva basada en mindfulness (Quintana Hernández, 2018), que basa la relación terapéutica en no juzgar. Este modelo de intervención tiene dos principios básicos. El primero es el desarrollo de un rol facilitador por parte de todas las personas que intervienen con el menor/joven. No existe nadie que esté en una situación jerárquicamente superior, tampoco el personal de formación clínica. La clave en este modelo de intervención, es quién establece la mejor relación terapéutica, pues este profesional será el responsable principal de gestionar el caso. El segundo aspecto, es qué es lo que quiere el menor/joven, para lo que se plantea una Planificación Centrada en la Persona (PCP; Mata y Carratalá, 2007).

El desarrollo de la PCP requiere la construcción activa con la persona y su entorno de referencia. Las áreas a desarrollar en la PCP propuestas por Mata y Carratalá (2007) y que se adaptan a la población con medidas judiciales son: 1ª)

Construcción de un grupo de apoyo, 2ª) Construcción de un mapa de preferencias personales, 3ª) Construcción de un mapa de sueños y miedos, 4ª) Construcción de un mapa biográfico, y 5ª) Construcción de un mapa de relaciones. En base a estos puntos se construye la intervención integral con todos los miembros del equipo, Neuropsicólogo clínico, tutor, trabajador social, educadores, etc.

Una vez planificada e iniciada la PCP se establece un programa de entrenamiento neuropsicológico basado en mindfulness (Quintana-Hernández et al., 2016). Este programa de entrenamiento se complementa con el entrenamiento cognitivo a través de la plataforma de estimulación cognitiva Neuropersonal Trainer del Instituto Guttmann (GNPT®; <https://gnpt.es>) después de una evaluación neuropsicológica para establecer el perfil de afectación neurocognitiva.

El entrenamiento inicial de la capacidad mindfulness se realiza en cuatro sesiones iniciales de 2 horas de duración, donde se realizan las prácticas iniciales del programa de reducción del estrés basado en mindfulness de Kabat-Zinn (2013). La capacidad mindfulness puede ser definida como el proceso de observar explícitamente la experiencia mental y corporal en el presente, permitiendo que la experiencia se vaya produciendo momento a momento, aceptándola sin juzgarla o resistirla, abierto a lo que se manifieste. Como indica Kabat-Zinn (2013), no implica rechazar las ideas ni las sensaciones corporales, tampoco la intención de fijar la experiencia, ni suprimirla, ni controlarla, nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención a lo que se esté produciendo a la experiencia inmediata.

El desarrollo de la capacidad mindfulness es fundamental para el borrado de las experiencias traumáticas, pues permite el desarrollo del círculo virtuoso de la atención plena con cuatro mecanismos de acción (Miró et al., 2011):

1. **La regulación de la atención.** Esta se fortalece con la práctica del mindfulness y supone básicamente mantener la atención focalizada sobre uno de los sentidos elegidos, detectar las distracciones que surgen y retomar nuevamente la atención sobre el sentido. Es importante destacar cómo tan sólo practicando 10 minutos diarios de mindfulness durante 16

semanas, con el ejercicio básico de centrarse en la respiración, se consiguen cambios en la actividad cerebral utilizando medidas electrofisiológicas longitudinales (Moore et al., 2012).

2. **La consciencia corporal.** La práctica de mindfulness mejora esta capacidad, considerada un sexto sentido, pues potencia la toma de consciencia de las sensaciones que se producen por el movimiento corporal, tanto interno como externo. Las áreas implicadas en el desarrollo del esquema corporal son la ínsula y las áreas asociativas temporoparietales (Hölzel et al., 2011), áreas fundamentales para la decodificación huellas de memoria traumáticas.
3. **La regulación emocional.** Ésta mejora con la práctica de mindfulness mediante la aceptación de la experiencia sin juzgarla, exponiéndose a los estímulos y favoreciendo una reevaluación de los mismos a la vez que se interrumpen los automatismos mentales al darse cuenta de este proceso. Ello favorece la extinción. Las áreas cerebrales implicadas en este proceso mental son el área dorsal de la corteza prefrontal, que mediante las conexiones con el sistema límbico (amígdala e hipocampo principalmente), producidas por la exposición a un estímulo determinado, permiten la integración frontotemporal de la experiencia y realizar una nueva huella mnésica que sustituye la anterior. Por tanto, se produce un proceso de re-consolidación. Es importante destacar, como Kerr et al. (2013) han indicado, que la regulación emocional se produce por el desarrollo de ondas alfa cerebrales por el establecimiento de un circuito frontotalámico, favoreciendo un procesamiento de arriba abajo centrado en marcadores somáticos corporales.
4. **El cambio de perspectiva sobre el sí mismo** debido a la desidentificación con un sentido estático del sí mismo, así como la toma de contacto con el sentido fluido del yo donde se produce la experiencia

inmediata vivida. Las áreas implicadas en esta esfera son todas las comentadas anteriormente, integrando el doble procesamiento de la información de arriba abajo y viceversa.

El siguiente paso del proceso terapéutico, una vez que se ha adquirido una capacidad mínima necesaria para desarrollar una experiencia mindfulness, es iniciar el tratamiento de reconsolidación de la memoria de las experiencias traumáticas siguiendo la propuesta indicada por Ecker y Bridges (2020), con algunas variaciones basadas en mindfulness. Para el desarrollo de las sesiones se requiere que previamente, tras la evaluación del área histórico biográfico incluida en la PCP, se dispongan de los datos generadores de experiencias traumáticas.

Antes de cada sesión se le indica al menor/joven que indique qué experiencia está dispuesto o dispuesta a trabajar en la sesión. En la Tabla 1 se muestra la propuesta del proceso terapéutico completo. La variación introducida con la práctica de mindfulness es que se inicia la sesión con una meditación guiada. En ella se le indica a la persona que se conecte con una experiencia generadora de un estado de tranquilidad, paz y armonía. Indicándole a continuación que narre, en primera persona y en presente la experiencia como si estuviera allí. A continuación, se le indica que viva intensamente esa experiencia, profundizando en las sensaciones físicas, las respuestas emocionales y cognitivas de ese momento de paz y armonía. Seguidamente, desde ese estado se le sugiere que conecte con la experiencia traumática, que la empiece a narrar en primera persona, como si estuviera allí en ese momento. En función de la intensidad de la respuesta emocional mostrada, se le indica que experimente las sensaciones físicas de ese momento, que lo viva más intensamente. En función de la intensidad de la respuesta se le dice, un, dos, tres, vete a la primera vez que has tenido esta misma experiencia en tu vida. Justo en este momento, como la persona estará conectado con las sensaciones en un estado expandido de consciencia mindfulness, se conectará con la primera experiencia traumática que experimentó y que es la que mantiene la huella de memoria primaria.

Tabla 1

*Proceso de re consolidación terapéutica en la Neuropsicoterapia basada en Mindfulness*

<b>I. Fase de preparación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de síntomas</li><li>• Recuperación del aprendizaje objetivo (esquema que mantiene los síntomas). Triple sistema de respuestas.</li><li>• Identificación de conocimientos que no lo confirman</li></ul>
<b>II. Fase de regresión</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reactivación del esquema (B) a partir de las sensaciones (respuestas físicas), emociones (respuestas emocionales) y cogniciones (respuestas mentales).</li><li>2. Realización de una relajación basada en mindfulness.</li><li>3. Recuperación sensaciones físicas y profundización en ellas. Indicación de revivirla nuevamente. Se narra en primera persona y en presente.</li><li>4. Cuando la situación es muy activa se le realiza una indicación: “vete al primer momento que has experimentado estas sensaciones en tu vida, no busque en la memoria, ni en tus recuerdos, lo primero que te venga”.</li><li>5. En la situación primera que le venga, se vuelve a insistir en las tres respuestas: Sensaciones, Emociones, Cogniciones. Si la situación no es traumática se le envía nuevamente hacia atrás.</li><li>6. Revivir la experiencia traumática cuando el paciente te confirme la más traumática.</li><li>7. Eliminar las tensiones fisiológicas, extrayendo las reacciones fisiológicas.</li><li>8. Activación del conocimiento desconfirmante (C), esquema que requiere síntomas no coincidente (B)</li><li>9. Visualización en nuevas situaciones sin las sensaciones físicas.</li></ol>
<b>III. Fase de verificación</b>
Observaciones de: <ul style="list-style-type: none"><li>- Visualizaciones diarias de empoderamiento</li><li>- No reactivación emocional</li><li>- Cese de los síntomas</li><li>- Permanencia sin esfuerzo</li></ul>

A continuación, se muestra un ejemplo de un caso clínico/educativo del procedimiento que se está llevando a cabo en la parte de intervención clínica incluida en la PCP.

## Diseño de un Modelo de Intervención AICP Basado en Mindfulness en Justicia Juvenil y su Aplicación a un Caso Clínico

Actualmente se está investigando con un modelo de intervención orientado a la construcción de una PCP para jóvenes en situación de exclusión social con medidas judiciales. El objetivo general es establecer un modelo de atención integral centrado en la persona basado en mindfulness en este ámbito de intervención social.

Los objetivos secundarios de la PCP desde el área clínica desde una perspectiva educativa son:

- ➔ Establecer un modelo neuropsicoterapéutico basado en mindfulness ante la negativa de los menores a colaborar de forma activa.
- ➔ Implementar sesiones de terapia regresiva basadas en mindfulness para borrar huellas de memoria generadas por traumas que están produciendo trastornos psicopatológicos.
- ➔ Establecer un tratamiento neurorrehabilitador cognitivo con el programa Neuro Personal Trainer (GNPT®).

### Método e instrumentos de intervención

La intervención se basa en la construcción de una PCP, en la cual la parte clínica consiste en una evaluación neuropsicológica con una intervención orientada en un modelo de atención integral centrado en la persona basado en mindfulness (Quintana-Hernández, 2018). En la intervención se establece sesiones de psicoterapia regresiva para re consolidar la memoria (Ecker y Bridges, 2020) favoreciendo el borrado de los aprendizajes emocionales como se indicó anteriormente. Paralelamente se establece un plan de entrenamiento neurocognitivo para paliar los déficits de neurodesarrollo presentados por los menores/jóvenes, especialmente en tareas prefrontales (funciones ejecutivas). Para esto se utiliza la plataforma GNPT®.

La evaluación habitual consta de dos partes. La primera es una de evaluación clínica basada en el modelo postracionalista que observa principalmente los estilos de personalidad y de apego. La segunda es una evaluación psicométrica neuropsicológica en la que se aplican las siguientes baterías:



- Test Neuropsicológico de Barcelona Revisado (Peña Casanova, 1990).
- Trail Making Test A y B (Tamayo et al, 2012).
- Subescalas del Test de Inteligencia de Wechler para niños (WISC-V) o para adultos (WAIS-IV) (Wechler, s.d.).
- TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández-Guanir, 2015).
- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Soler Ribaudi et al., 2012).
- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto et al., 2015).

### Análisis de un Caso Único

Joven de 19 años con medidas judiciales por robo con violencia a los 15 y 17 años que le generan varias medidas judiciales que incluyen internamiento y libertad vigilada. El joven ha sido tratado por diferentes profesionales y psicólogos a lo largo de su estancia en los servicios judiciales de menores con una escasa adherencia a los programas propuestos.

Se plantea una PCP y se observa que no se puede realizar en su entorno familiar, pues no es posible desarrollar un grupo de apoyo de referencia. Ante esta situación se trabaja con el joven ampliar la red de contactos y se traslada de isla. Una vez instalado, se construye un grupo de referencia viable y en los primeros meses establece una relación afectiva nueva que pasa a ser la persona de contacto con el equipo, integrándose en las intervenciones.

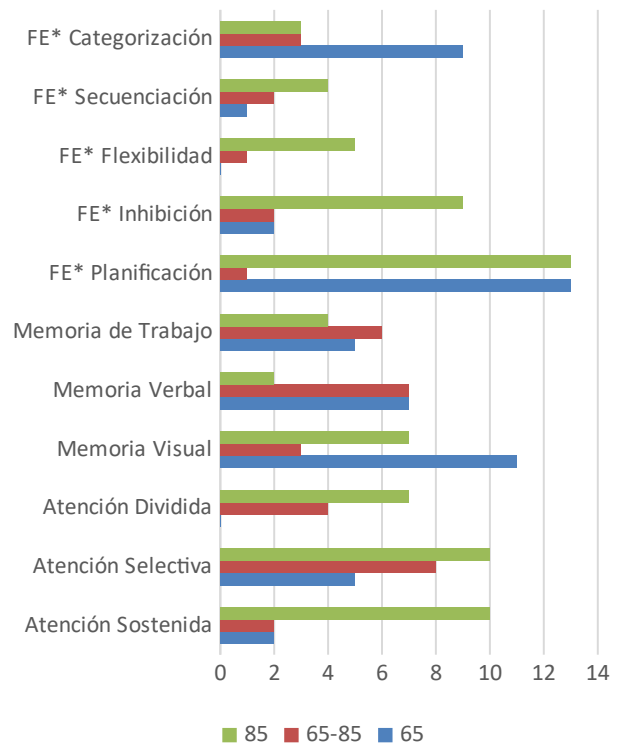
Se realiza el área biográfica y se observan malos tratos sistemáticos por su padre desde la primera infancia. Sus padres se separan y es abandonado por ambos progenitores siendo cuidado por su abuela, que no dispone de recursos, ni personales ni materiales para la contención del niño. Se destaca que desarrolla un estilo de apego evitante y un estilo de personalidad postracionalista de tipo fóbico. Este estilo de personalidad se caracteriza por desarrollar una sensación de control evitativo de las interacciones personales, pues el mundo se percibe como peligroso y no fiable (Arciero, 2002; Guidano, 1987).

Antes de iniciar el tratamiento de reconsolidación de la memoria se prescribe la neurorehabilitación cognitiva, ver resultados en la figura 1, y se inicia el entrenamiento basado en

mindfulness con el joven y su pareja. De esta forma se trabaja desde el paradigma de atención conjunta en la misma línea de nuestros trabajos previos en enfermedades neurodegenerativas (Quintana-Hernández et al., 2016).

**Figura 1**

*Resultados del entrenamiento neurocognitivo*



*Nota.* FE\* Función ejecutiva; 85, 65-85, 65 puntuación en tareas.

Se realiza una primera sesión de reconsolidación de la memoria basada en mindfulness y el joven se traslada a una experiencia en la primera infancia, donde el padre llega a casa borracho, lo insulta y agrede a su madre. Se revive la experiencia y con el modelo basado en mindfulness, se extrae la energía que mantiene los esquemas mentales en el presente, anclados a la experiencia sensorial traumática. Para ello se indica una práctica de la meditación vipassana, indicándole disolver las sensaciones corporales en el máximo momento traumático de la experiencia. Para ver el momento máximo se realiza la técnica de la moviola postracionalista (Guidano, 1987) y se le pregunta que indique cuál es la situación más traumática. Cuando se tiene identificada se le indica que reviva la experiencia sensorial, la experiencia emocional y la experiencia mental lo más

intensamente posible. Después se le pregunta, ¿en el momento presente, todo esto que te hace hacer? ¿qué te impide hacer? El joven respondió en ese momento que le impedía abrirse a ser querido y que le hacía tratar a las personas queridas con violencia. Se reconstruye cognitivamente la situación, devolviéndole al padre la energía generada en ese momento traumático y se realiza un nuevo ejercicio de mindfulness donde se le indica que recupere la consciencia inicial de ese momento, donde no había sido agredido. Posteriormente se le indica que realice visualizaciones positivas cada día, especialmente cuando se levante. Estas visualizaciones tienen que estar orientadas a momentos donde el joven se incluya comunitariamente.

## Conclusiones

La propuesta de intervención basada en una PCP construida de forma activa con el menor/joven infractor es la piedra angular del éxito terapéutico en este colectivo poblacional. En este sentido el

cambio de modelo que se vuelque a un modelo de Atención Integral Centrado en la Persona debería facilitar la adhesión al seguimiento de las medidas judiciales e incrementar el éxito terapéutico de las intervenciones como se están produciendo en otras poblaciones de intervención psicosocial desde este modelo (Rodríguez y Vilá, 2014).

En cuanto al modelo de neuropsicoterapia basado en mindfulness se espera poder revertir el efecto de la inmadurez neurológica en la corteza cerebral con un entrenamiento neurocognitivo, eliminando la carga afectiva asociada a sucesos traumáticos con la terapia regresiva que está permitiendo una reconsolidación de la memoria, eliminando las huellas neurales que mantienen activas reactividades psicopatológicas y trastornos de conducta.

Esta línea es un campo nuevo de actuación que requiere seguir profundizando, para aportar datos cuantitativos. Actualmente se está desarrollando un ensayo clínico que está mostrando que el modelo tiene un efecto terapéutico prometedor, por lo que se debe seguir investigando en esta línea.

## Referencias

- Albaugh, M. D., Ottino-Gonzalez, J., Sidwell, A., Lepage, C., Juliano, A., Owens, M. M., Chaarani, B., Spechler, P., Fontaine, N., Rioux, P., Lewis, L., Jeon, S., Evans, A., D'Souza, D., Radhakrishnan, R., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Quinlan, E. B., Conrod, P., ... IMAGEN Consortium. (2021). Association of Cannabis Use During Adolescence With Neurodevelopment. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 1031-1040. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1258>
- Amores-Villalba, A. y Mateos, R. M. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Educational Psychology*, 23(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Arciero, G. (2002). Studi e dialoghi sull'identità personale. Bollati Boringhieri.
- Ecker, B. y Bridges, S. K. (2020). How the Science of Memory Reconsolidation Advances the Effectiveness and Unification of Psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 48(3), 287-300. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00754-z>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y Del Barrio, V. (2015). *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil-Fenoy, M. J., García-García, J., Carmona-Samper, E. y Ortega-Campos, E. (2018). Conducta antisocial y funciones ejecutivas de jóvenes infractores. *Revista de Psicodidáctica*, 23(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.09.001>
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. Guilford Press.
- Hernández-Guanir, P. (2015). *Test multifactorial de adaptación infantil*. TEA
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. y Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living (Revised Edition): Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness (Rev Upd edition)*. Bantam.
- Kerr, C. E., Sacchet, M. D., Lazar, S. W., Moore, C. I. y Jones, S. R. (2013). Mindfulness starts with the body: somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 12. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00012>
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingam, R., Pasch, K., Gunnell, D., Hickman, M. y Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10), CD009927. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>
- Mata, G. y Carratalá, A. (2007). *Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual*. Cuadernos de Buenas Prácticas FEAPS. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/cuaderno-de-buenas-practicas-planificacion-centrada-en-la-persona/>
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., Fuente, J. A. de la y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10347>
- Moore, A., Gruber, T., Derose, J. y Malinowski, P. (2012). Regular, brief mindfulness meditation practice improves electrophysiological markers of attentional control. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 18. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00018>
- Peña Casanova, J. (1990). *Programa integrado en la exploración neuropsicológica. Test de Barcelona*. Masson.
- Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., Aboaja, A., Thakkar, P., Santosh Kumar, K. M., Pearson, C., Wright, K. y Swami, S. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(10), CD010901. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010901.pub3>
- Quintana Hernández, D. J. (2018). *Concienciarte: todos tenemos capacidades diferentes*. Organización Juvenil Española (OJE).
- Quintana-Hernández, D. J., Miró-Barrachina, M. T., Ibáñez-Fernández, I. J., Pino, A. S.-D., Quintana-Montesdeoca, M. P., Rodríguez-de Vera, B., Morales-Casanova, D., Pérez-Vieitez, M. D. C., Rodríguez-García, J. y Bravo-Caraduje, N. (2016). Mindfulness in the Maintenance of Cognitive Capacities in Alzheimer's Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 50(1), 217-232. <https://doi.org/10.3233/JAD-143009>
- Rodríguez, P. y Vilá, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Grupo Anaya.
- Soler Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual Segovia, J. C., Cebolla Marti, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/67740>
- Tamayo, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Calvo, L., Palomo, R., Aranciva, F. y Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*, 27, 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.020>
- Wechsler, D. (s.f.) *WAIS-IV, Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Pearson Clinical & Talent Assessment. Recuperado el 26 de diciembre de 2021 de <https://www.pearsonclinical.es/wais-iv-escala-de-inteligencia-de-wechsler-para-adultos-iv>



Wechsler, D. (s.f.) *WISC-V, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V*. Pearson Clinical & Talent Assessment. Recuperado el 26 de diciembre de 2021 de <https://www.pearsonclinical.es/wisc-v-escala-de-inteligencia-de-wechsler-para-ninos-v>